Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Rostock
Direktor: Geheimrat Prof. Dr. W. Müller

Über den Circulus vitiosus nach Gastroenterostomia posterior et anterior bei Ulcus des Magens und Duodenums.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

*

AUSZUG

aus der Rostocker Inaugural-Dissertation von Albrecht Schroeder, geb. 20. 8. 99. zu Hamburg.

Referent: Privatdozent Dr. med. E. Schwarz.
Correferent: Geheimrat Prof. Dr. W. Müller.

ROSTOCK 1925.

Der Begriff des Circulus vitiosus ist in vorliegender Arbeit in weitestem Sinne gefaßt worden, also alle Passagestörungen nach Gastroenterostomie im Bereich der Anastomose, die auch klinisch die Symptome des unstillbaren Erbrechens zeigen, sind einbegriffen.

An Hand von 41 Rostocker und 81 aus der Literatur zusammengestellten Fällen von Circulus vitiosus wird versucht, eine Systematik des Circulus und seiner Ursachen zu geben, und gleichzeitig die Häufigkeit seines Vorkommens bei den beiden hauptsächlich geübten Methoden der Gastroenterostomie, der G. E. anterior antecolica und der G. E. retrocolica posterior, festzustellen.

Man teilt die Ursachen des Circulus am besten folgendermaßen in zwei große Gruppen ein:

I. Mechanisch-anatomische Ursachen.

1. Spornbildung, Darmsporn und Magendarmsporn.
2. Druck des gefüllten Magens auf die Anastomose oder die abführende Schlinge.
3. Abknickung des abführenden Schenkels durch Adhäsionen, Abschnüren durch Strangbildung, Abklemmen im Mesocolonschlitz.
4. Achsendrehung eines oder beider Schenkel.
5. Verengerung der abführenden Anastomosenöffnung durch Schrumpfung.

II. funktionell bedingter Circulus.

1. Magenatonie, Dilatation, Ptose, akute Magenblähung.
2. Darmparalyse.

An Circulusarten unterscheidet man 1. den akuten, der im Verlauf von 2—14 Tagen nach der Operation auftritt. Er ist der häufigste. 2. Den Spätcirculus, der im Verlaufe von Monaten und Jahren auftreten kann. 3. Den chronischen Circulus, bei dem das Erbrechen, freilich gemindert, jahrelang bestehen kann. Der Verlauf des Circulus ist, wenn es sich um mechanische Ursachen handelt, ohne Relaparatomie fast stets tötlich. Während der funktionelle C. V. durch geeignete konservative Therapie meistens geheilt wird. Die Mortalitätsziffer der am Circulus Erkrankten beträgt fast 20 %.

Aus der Rostocker Klinik standen mir 41 Circulusfälle nach 272 Gastroenterostomien zur Verfügung; und zwar nach 207 vorderen Gastroenterostomien trat 36 mal Circulus auf gleich 17,3 %, nach 65 hinteren G. E. s 5 mal = 7,7 %.

Die Mortalitätsziffer nach vorderer G. E. an Circulus vitiosus betrug 3,3 %. Die 5 Circuli nach der hinteren G. E. wurden geheilt. Als Ursachen für die Entstehung des C. V. fanden sich unter den Rostocker Fällen:

I. Mechanische in 30,9 % und zwar 6 mal Abknickung der abführenden Schlinge durch Adhäsionen (14,3 %),
7 mal sonstige mechanische Ursachen (16,6 %).

II. Funktionell bedingte 69,0 % und zwar 26 mal Atonie (61,9 %), 3 mal unbekannte Ursachen.

Der funktionelle Circulus ist also doppelt so häufig. Interessant und prognostisch wichtig ist die Beobachtung, daß unter

den 29 Fällen mit funktionellem Circulus bei der Operation sich bei 14 bereits ein stark dilatierter und atonischer Magen fand, und daß bei den 13 an mechanischem C. V. Erkrankten 7 mal reichliche Adhäsionen bei der Anlage der G. E. festgestellt wurden. Die Ergebnisse der 81 aus der Literatur zusammengestellten Circulusfälle (nach 3066 Gastroenterostomien) weichen nur darin von denen der Rostocker Fälle ab, daß sich mechanische und funktionelle Circuli in gleicher Zahl finden, was aber dadurch zu erklären ist, daß der Begriff des „funktionellen" Circulus noch nicht lange bekannt ist, und die meisten derartigen Fälle nicht als Circuli geführt sind. Auch hier zeigt sich die Ueberlegenheit der hinteren G. E. über die alte Wölflersche G. E. ant. antecolica, was Häufigkeit und Mortalität des Circulus betrifft. (2,2 % : 5,5 %).

Im übrigen gibt die Arbeit einen kurzen Ueberblick über Anwendung und Indikationsgebiet der Gastroenterostomie (soweit nicht jetzt die Resektion bevorzugt wird), ihre verschiedenen Methoden und Verbesserungen, über die klinischen Symptome, die Therapie, das Wesen und die Mechanik des Circulus. Einige Tabellen machen den statistischen Teil übersichtlicher. Kurz zusammengefaßt ergibt sich:

1. der Circulus vitiosus, einst die gefürchteste Komplikation nach G. E., ist durch Verbesserung der Technik und Methoden in den letzten 20 Jahren sehr viel seltener geworden.

2. besonders ist die primäre Mortalität gesunken, wohl dadurch, daß man, mit dem Krankheitsbild des C. V. näher bekannt geworden, den richtigen Zeitpunkt fand für Relaparatomie und Anlegung der Braunschen Anastomose.

3. man unterscheidet zweckmäßig nach den Ursachen mechanischen und funktionellen Circulus.

4. der funktionell bedingte Circulus kommt gegenüber dem mechanischen doppelt so häufig vor, ist aber durch konservative Therapie meist zu beseitigen.

5. die G. E. retrocolica posterior gibt, jedenfalls was den C. V. betrifft, bessere Resultate als die G. E. ant. antecolica, auch wenn bei dieser die Aufhängung der Schlingen nach Kappeler vorgenommen wird.

6. dagegen bietet die Verbindung der vorderen G. E. mit der Braunschen Anastomose die beste Gewähr für die Vermeidung eines mechanischen Circulus, zudem bietet sie im Falle der nötigen Relaparatomie günstigere Verhältnisse. Ganz vermeiden läßt sich der funktionelle Circulus auch hierdurch nicht.